



Comune di Lariano
Assessorato ai Servizi Sociali



Comune di Velletri
Assessorato ai Servizi Sociali

Comune di Velletri
Capofila Distretto RMH5
Ufficio di Piano-Via Della Neve, 3
00049 - Velletri

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PROGETTO BORSA LAVORO SOCIALE
PER SOGGETTI CON INVALIDITA' SUPERIORE AL 45%**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ prov. _____ cap _____
Via _____ nr. _____ Telefono _____
cellulare _____ e-mail _____

consapevole che chi usufruirà della “Borsa Lavoro Sociale” non potrà essere destinatario per lo stesso anno di altri contributi economici.

CHIEDE

di partecipare al Progetto Borsa Lavoro Sociale promosso nel territorio del Distretto RMH5;

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P. R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____,
conseguito presso _____ il _____;
- di essere residente nel Comune di _____;
- di essere cittadino straniero in regola con il permesso di soggiorno;
- di avere età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 60 anni;

Composizione del nucleo familiare

- nucleo familiare composto da un solo genitore;
- nucleo familiare con presenza di n. _____ minori;
- nucleo familiare con presenza di n. _____ disabili con invalidità superiore al 90%;
- nucleo familiare con presenza di n. _____ anziani non autosufficienti.

Situazione abitativa

- di abitare in casa di proprietà;
- di abitare in casa di proprietà, con mutuo non ancora estinto;
- assegnata dal comune;
- in locazione;
- abitazione in locazione con sentenza di sfratto non esecutiva e/o ordinanza di sgombero;
- senza abitazione o con sentenza di sfratto esecutiva, o senza fissa dimora.

Invalidità

- da 46% a 73%;
- da 74% a 90%;
- da 91% a 100%;

Allega:

- dichiarazione ISEE in corso di validità;
- copia di documento di identità in corso di validità;
- copia per i cittadini stranieri del permesso di soggiorno;
- copia certificato di invalidità.

Le informazioni contenute in questa dichiarazione ai sensi del D.Leg.196/2003 saranno utilizzate esclusivamente ai fini di questo procedimento.

Data, _____

FIRMA
